МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

ЦЕНТРАЛЬНЫЙ
ОРДЕНА ТРУДОВОГО КРАСНОГО ЗНАМЕНИ
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ
им. проф. В. П. СЕРБСКОГО

Б 79-37
348

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПСИХИАТРИИ

(Сборник научных трудов)

Под редакцией академика АМН СССР
Г. В. МОРОЗОВА

Москва — 1979

деградации. Клинически она выражалась в преобладании беспечного, благодушного настроения с резким снижением критики к собственному состоянию и окружающему (5 больных). Речь больных определялась набором шаблонных оборотов и стереотипных, плоских шуток. У некоторых из них наблюдалась наклонность к дисфорическим состояниям. Даже у этих больных не было глубокого социального снижения.

У больных с астеническими чертами характера заострение личностных особенностей также наблюдалось во II стадии алкоголизма. В качестве особенностей это группы больных следует отметить сохранность их критического отношения к злоупотреблению алкоголем и имеющимся характерологическим нарушениям. У этих больных социальные последствия также были нерезко выражены. Они продолжали работать по прежней специальности, некоторых из них даже повысили в должности. Почти у всех больных сохранились семьи.

На более поздних этапах течения алкоголизма у больных второй группы отмечалась постепенная нивелировка астенических черт, стирались наиболее тонкие личностные особенности. У 4-х больных определялись черты специфической алкогольной деградации с нарастанием общей пассивности, аспонтанности, непродуктивности, отсутствием инициативы и падением работоспособности. У больных данной группы нередко раньше, чем у больных с чертами характера стенического круга, становились отчетливыми социальные последствия алкоголизма (разрыв семейных отношений, нарушения трудовой дисциплины и др.).

Таким образом, проведенное исследование позволило обнаружить целый ряд отличительных особенностей, а также общих черт в особенностях формирования картины отдельных клинических проявлений и течения хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера стенического и астенического круга. Сроки формирования и течения алкоголизма у больных I группы были более растянуты, чем у больных II группы. Если у больных стенического типа в похмелье преобладали соматические расстройства, то у больных астенического типа — психопатологические. Сходство между двумя группами проявлялось в преобладании первичных форм патологического влечения к алкоголю над вторичными. У больных той и другой группы заболевание протекало благоприятно, хотя у больных с астеническими особенностями социальные последствия были выражены несколько больше.

Полученные данные подтверждают выводы исследований, проведенных ранее в отделении клиники алкоголизма Института им. проф. В. П. Сербского (Н. Н. Иванец с соавт., 1976, 1977; Т. П. Небаракова, 1977; Е. М. Новиков, 1977), и свидетельствующих о том, что преморбидные характерологические черты обусловливают своеобразие формирования хронического алкоголизма, существенным образом влияют на клинику в целом, а также на структуру отдельных психопатологических симптомов и синдромов заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965.
2. Иванец Н. Н., Игонин А. Л., Иванова Н. В. О значении личностных особенностей для клиники и лечения алкоголизма. — «Журн. невропатол. и психиатр.», 1977, вып. 2, с. 237—242.
3. Морозов Г. В. О некоторых направлениях исследований проблемы алкоголизма. — В кн.: Актуальные вопросы социальной и клинической наркологии. Душанбе, 1976, с. 9—12.
4. Небаракова Т. П. К вопросу о влиянии преморбидных астенических характерологических особенностей на некоторые клинические проявления хронического алкоголизма. — В кн.: Патогенез, клиника и лечение алкоголизма. М., 1976, с. 196—199.
5. Новиков Е. М. Клиника и лечение хронического алкоголизма у лиц с преморбидными характерологическими чертами истерического круга. Автореф. дис. канд. М., 1977.

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ПОДХОД К ЭТИОПАТОГЕНЕЗУ АЛКОГОЛИЗМА В ПОДРОСТКОВО-ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

И. Д. Муратова, Н. Я. Копыт, П. И. Сидоров

Изучение особенностей и разработка системы профилактики алкоголизации в подростково-юношеском возрасте — важнейшая комплексная задача социальной гигиены и наркологии, санитарного просвещения и педагогики. В постановлении Совета Министров СССР от 24 апреля 1978 г. «О дополнительных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом» подчеркиваются основные направления научных исследований по проблеме алкоголизма — это изыскание и разработка новых средств и методов профилактики и лечения алкоголизма; совершенствование форм организации наркологической службы; изучение причин и условий, порождающих пьянство и алкоголизм. В отношении же подростково-юношеской алкоголизации и алкоголизма перечисленные направления еще во многом требуют дальнейшей разработки, ибо своеобразие контингента требует специфического подхода как к этиопатогенезу заболевания, так и к организации лечебно-профилактической помощи.

Большинство исследователей отмечали прежде всего быстроту развития алкоголизма в подростково-юношеском возрасте (И. И. Лукомский, 1962; И. В. Стрельчук, 1966; П. Н. Литвинов, 1968; А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая, 1973 и др.). Ведущим детерминирующим фактором прогредиентности заболевания признавалась биологическая и психологи-

ческая отягощенность преморбида (Ю. Е. Рахальский, 1963; А. И. Кузнецов, И. Г. Ураков, 1971; В. М. Банщиков, Ц. П. Короленко, 1973 и др.). На специфику алкогольного опьянения у подростков, состоящую в сокращении или полном отсутствии стадии эйфории, в быстром наступлении депрессивно-злобного аффекта и моторной расторможенности указывали А. Г. Амбрумова и Л. Я. Жезлова (1974), R. S. Lourie (1943), M. Qvidu, I. E. Boschi, R. Gavteir (1972). Отмечается быстро наступающее у подростков изменение личности (И. П. Злотников с соавт., 1970; I. R. Mac Kay, 1961; H. Iaklewicz, 1963; и др.), преобладание в клинике похмелья психотического компонента, чаще в форме депрессивного и депрессивно-параноидного синдромов (Г. В. Зеневич с соавт. 1974), непродолжительность ремиссий (И. В. Стрельчук, 1974). Многими исследователями подчеркивается ранняя социальная дезадаптация подростков, большая частота криминогенного поведения в состоянии опьянения (В. С. Орлов, 1969; Л. Н. Смирнов, 1971; А. Шишков, М. Пенева, 1975; N. Lukiarnovicz, 1972; R. Lindelius, I. Salum, 1973; и др.).

Нами предпринята попытка выяснить особенности алкоголизма в подростково-юношеском возрасте и в частности:

а) значимость различных факторов микросоциальной среды, индивидуально-психологических и биологических особенностей преморбидной личности в развитии алкоголизма у несовершеннолетних;

б) особенности перерастания алкоголизации в алкоголизм, формирование начальных клинических проявлений заболевания, диагностику и систематику подростково-юношеского алкоголизма. Такая задача потребовала комплексного подхода к изучаемой проблеме. Были применены методы анкетирования и интервьюирования, клинического наблюдения и патопсихологического эксперимента, электрофизиологического (ЭКГ, ЭЭГ) и биохимического исследования.

Комплексно было обследовано в амбулаторных условиях 219 подростков, состоящих на учете в инспекциях по делам несовершеннолетних, в том числе: 112 подростков, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма («клиническая группа») и 107 несовершеннолетних, только эпизодически употребляющих спиртные напитки («группа риска»). Кроме того, в условиях психиатрического стационара и медико-санитарной части детской колонии было обследовано 87 подростков и юношей, обнаруживающих клинические признаки алкоголизма.

При анализе двух выделенных контингентов («группы риска» и «клинической группы») внимание обращалось прежде всего на обнаружение общих корней в становлении алкоголизации подростков. Наряду с этим, выявление сходства и различий двух сравниваемых групп давало выход на оценку

прогредиентности алкоголизации и алкоголизма (динамический подход).

Сам факт употребления алкоголя несовершеннолетними — уже не норма. И если для взрослых можно выделить определенные критерии культуры потребления спиртных напитков, то у подростков любое опьянение — прежде всего интоксикация, травматичная для их нервной системы, психики, нравственности.

При анализе алкоголизации несовершеннолетних мы исходили из важного в методологическом плане положения о том, что употребление спиртных напитков подростками необходимо рассматривать как одну из форм нарушения поведения (А. Е. Личко, 1977). Это требует более широкого и глубокого подхода к рассматриваемой проблеме, не ограничивающегося формальными рамками социальной и клинической наркологии.

Представители «клинической группы» в более раннем возрасте приобщаются к «выпивкам» ($12{,}3 \pm 0{,}3$), в том числе и в компаниях друзей ($13{,}4 \pm 4{,}02$), и со взрослыми в кругу семьи по праздникам ($15{,}7 \pm 0{,}2$).

Большинство молодых людей знакомятся со спиртными напитками до совершеннолетия, но только единицы «приобретают» к 18 годам, клинические признаки алкоголизма. Необходимо сочетание целого ряда факторов социального и биологического порядка для формирования заболевания в подростково-юношеском возрасте.

Подростки «клинической группы» достоверно отличались от представителей «группы риска» более выраженными нарушениями микросоциальной среды (неполная семья; конфликтные отношения в семье, преимущественно связанные со злоупотреблением родителями спиртными напитками; асоциальная компания), соматоневрологическими особенностями преморбида (тяжелые травмы и операции, травмы головы с потерей сознания; головные боли и быстрая истощаемость внимания; снохождение и сноговорения, кошмарные сновидения и нарушеня ритма сна; легкая степень дебильности; вегетососудистые дистонии; органическая церебральная недостаточность), индивидуально-психологическими особенностями преморбидной личности (психический инфантилизм и нравственный примитивизм; явные акцентуации характера; патохарактерологические развития и психопатии; суицидальные мысли; утрата перспективы жизни; проблема свободного времени; беспорядочные половые связи, преимущественно в состоянии опьянения; слабая профессиональная ориентация и неудовлетворенность выполняемой работой; побеги из дома и прогулы уроков, бродяжничество и воровство, различные формы асоциального поведения). Перечисленные показатели во многом

определяли (и отражали) развитие алкоголизации и алкоголизма у подростков.

Наряду с различием, две анализируемые группы имели и много общего в микросоциальной среде (низкий уровень образования родителей и подростков; среднее количество детей в семье и порядковый номер рождения; среднемесячный доход на одного члена семьи; частота случаев пьянства родителей и родственников; судимости отца; ранний возраст постановки на профилактический учет в милиции), соматоневрологических особенностях преморбида (возраст матери в период беременности и родов; показатели отклонения в пре-, интра- и постнатальном периодах развития детей; тяжелые инфекции и нейроинфекции; судорожные припадки и обморочные состояния; ночной энурез; заикание и косноязычие) и индивидуально-психологических особенностях преморбидной личности (дефицит мотивации алкоголизации; суицидальные попытки, отсутствие хобби и увлечений; бедность ценностных ориентаций; конфликты на работе; отсутствие общественных нагрузок и интереса к общественной работе, низкий уровень информированности в вопросах влияния алкоголя на психику и нравственность). Выявление общих корней у сравниваемых групп отражает их преемственность в единой цели развития алкоголизации и алкоголизма у подростково-юношеского контингента.

Анализ клинического материала обнаруживает у подростков «группы риска» своеобразную злокачественность алкогольного дебюта, которую характеризуют следующие показатели:

1) высокая «социально-нравственная интолерантность» к пьянству в силу злоупотребления спиртными напитками в семье или в компании, вследствие чего быстро утрачивается значение противодействия микросоциальной среды;

2) раннее начало (в 10—12 лет) употребления спиртных напитков в семье со взрослыми и в компании друзей;

3) низкий уровень изначальной толерантности, быстро увеличивающей свою краткость при развитии алкоголизации;

4) криминогенное поведение в опьянении;

5) раннее приобщение к алкогольным обычаям микросреды:

а) употребление крепких спиртных напитков и прием алкоголя в больших дозах, приводящих к сопорозным и коматозным опьянениям, изначально подавляющим биологические защитные механизмы и количественный контроль;

б) ранние попытки утренних приемов спиртного в алкогольной компании, приводящие к формированию «индуцированного абстинентного синдрома»;

в) некритично широкий спектр причин и поводов алкоголизации;

г) употребление суррогатов;

д) прием с алкоголем лекарственных препаратов, усиливающих эффект опьянения.

Несовершеннолетние «группы риска», имеющие злокачественный алкогольный дебют, могут быть названы угрожаемым контингентом. Именно у них преимущественно и развивается подростково-юношеский алкоголизм.

Анализ периода перерастания бытового пьянства в алкоголизм позволяет выделить три основных социально-психологических механизма становления заболевания у несовершеннолетних.

1. Механизм «индукции». На первом этапе формирования алкоголизма позволительно говорить о психогенном (в широком смысле этого понятия) формировании симптомов зависимости, утраты контроля, форм потребления (включая изначальные утренние приемы небольших доз алкоголя) и форм опьянения.

Гротескные, индуцированные симптомы «клиники до болезни» имитируют и потенцируют начальные биологические проявления заболевания. Этот механизм реализуется во многом за счет подростковых реакций группирования и имитации.

2. Механизм «стимуляции». Часто преморбидная патологическая отягощенность у подростков «угрожаемого» контингента (будь то органическая церебральная недостаточность или личностные изменения) имела астено-апатический и астено-депрессивный радикал. У этой группы несовершеннолетних алкоголь на короткое время давал бодрость, активность, смелость. После употребления спиртного они становились общительнее, решительнее, увереннее, легко отвлекались от неприятных переживаний. Подростки заявляли, что пьют, «чтобы забыть неприятности», «поднять тонус», «чтобы забыться», «для храбрости», «снять напряжение», «расслабиться», «восстановить силы». Учитывая, что ранняя алкоголизация очень быстро приводит к астенизации личности, описанный механизм можно считать общим для рассматриваемого контингента.

3. Механизм «деформации». Большинство представителей «угрожаемого» контингента не имели нормального семейного воспитания: отсутствовал контроль за их обучением, недостаточно поощрялось развитие интеллекта и нравственно-этических ценностей. У них рано утрачивался интерес к учебе. Это неизбежно приводило к отсутствию у подростков общественно-политической активности и социально-значимых установок, узкому кругу и неустойчивости интересов, отсутствию увлечений и духовных запросов, уходу от ответственных ситуаций и решений. Формировалась такая направленность личности, в основе которой лежала неспособность подростков

к сложной деятельности, с упрощением и перестройкой иерархии мотивов поведения в плане «готовности» к злоупотреблению алкоголем. Происходило уплощение, деформация личности. Складывалась «алкогольная личность до болезни» (А. Л. Нелидов, 1978), слепо и некритично воспринимающая все взгляды и нормы «алкогольной группы».

Описанные механизмы, патогномоничные формированию клиники подростково-юношеского алкоголизма, в определенном соотношении присутствовали в анамнезе любого несовершеннолетнего пациента.

Если раннее выявление алкоголизма у взрослых — известное условие эффективности лечения, то ранняя диагностика подростково-юношеского алкоголизма — необходимое требование противоалкогольной работы с этим контингентом, определяющее часто саму возможность действенных лечебно-профилактических мероприятий.

Ранняя диагностика алкоголизма у несовершеннолетних осложняется рядом обстоятельств.

Во-первых, выраженность подростковых реакций группирования и имитации в условиях неблагополучной микросоциальной среды придает алкоголизации несовершеннолетних индуцированно приобретенные элементы клиники заболевания. Такой аггавирующий алкогольный дебют может создать впечатление злокачественной клиники, являясь во многом лишь отражением пагубных алкогольных обычаев.

Во-вторых, реактивность подростково-юношеского организма отличается значительной лабильностью. Клинические проявления изолированного синдрома измененной реактивности к алкоголю в условиях длительного обрывания алкоголизации могут подвергаться определенной обратной динамике. Это позволяет допустить сохранение возможности обратной динамики клинических проявлений до достижения определенного порогового уровня (синдрома физической зависимости) и галопирующее злокачественное течение после его превышения.

В-третьих, злоупотребление алкоголем и алкоголизм у несовершеннолетних могут являться симптоматическим проявлением психического заболевания или входить в структуру психопатии и патохарактерологических развитий личности (преимущественно неустойчивой, конформной, гипертимной, эмоционально-лабильной). Необходимость дифференцирования вторичной алкоголизации создает дополнительные трудности в диагностике.

В-четвертых, трудности ранней диагностики подростково-юношеского алкоголизма усугубляются социально-правовой ответственностью клинического диагноза. Необходимо очень тщательно подходить к сбору алкогольного анамнеза. Кроме данных со слов подростка и его родителей, следует запросить

характеристику из школы (ГПТУ, техникума), с места работы, из инспекции и комиссии по делам несовершеннолетних.

Подростково-юношеский алкоголизм не особый клинический феномен. Своеобразие его порождается специфичным социально-психологическим и биологическим профилем контингента (особенностями алкоголизации несовершеннолетних), но общие закономерности течения заболевания едины для всех возрастных групп.

Алкоголизм у несовершеннолетних, как и у взрослых, представлен совокупностью трех синдромов: синдрома измененной реактивности, синдрома психической зависимости, синдрома физической зависимости.

Условно выделяемые по А. А. Портнову и И. Н. Пятницкой три последовательные стадии алкоголизма — начальная, неврастеническая (I), средняя, наркоманическая (II), поздняя, энцефалопатическая (III) — полностью отражают прогредиентность заболевания у взрослых, но механическое их перенесение на подростково-юношеский контингент либо невозможно, либо опрометчиво. Если в диагностике алкоголизма у подростков с явными симптомами физической зависимости представляется возможным пользоваться известными критериями II и III стадий заболевания по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой (уровень уверенной диагностики), то ранняя диагностика начальных клинических проявлений требует более осторожного подхода, учитывающего своеобразие формирования клиники, ее нестабильность, индуцированность и возможную обратимость. Значительная прогредиентность заболевания у подростков, с динамикой смены синдромов, измеряемой несколькими месяцами, также делает затруднительным применение указанной систематики.

Осторожность в формулировке диагноза начальной стадии подростково-юношеского алкоголизма отражает трудности дифференцировки злоупотребления алкоголем (злокачественного бытового пьянства) с «масками» клинических симптомов от симптоматики I стадии заболевания по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой.

Поскольку подростки, злоупотребляющие алкоголем, как с начальными признаками алкоголизма, так и без них, в равной мере нуждаются в дезинтоксикационной и корригирующей терапии, в санировании «почвы», то с позиций практической наркологии их разделение не является принципиальной задачей. Поэтому представляется возможным предложить в систематике алкоголизма у подростково-юношеского контингента выделение двух стадий:

1. Начальная стадия — включает лиц, злоупотребляющих алкоголем без симптомов заболевания, но с «масками» клинических проявлений (злокачественная алкоголизация) и лиц

с начальными признаками алкоголизма (I ст. по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой).

2. Клиническая стадия — характеризуется наличием синдрома физической зависимости (II ст. по А. А. Портнову и И. Н. Пятницкой).

При постановке диагноза алкоголизма в подростково-юношеском возрасте более уместны критерии диагностики заболевания, предложенные С. Г. Жислиным (1965).

Привнесение в диагностику социально-гигиенической категории — «злокачественная алкоголизация» отражает специфику подростково-юношеского алкоголизма, отличающегося выраженной прогредиентностью и является требованием комплексного клинико-социального подхода.

Симптоматика начальной стадии подростково-юношеского алкоголизма может быть описана следующим образом:

1. Элементы синдрома измененной реактивности: непостоянные и утрачивающиеся защитные механизмы (рвотный рефлекс, чувство последующего отвращения); изменчивость форм потребления алкоголя (происходит обычно скачками с быстрым переходом от эпизодического употребления сразу к регулярному, злокачественному. Возможны более или менее длительные периоды полного воздержания от алкоголизации); изменение формы опьянения (сначала сопорозно-коматозные, а затем и собственно алкогольные палимпсесты и амнезии опьянения); возрастание толерантности, ее лабильность.

2. Элементы синдрома психической зависимости: обсессивное влечение к алкоголю, преимущественно не осознанно, расширение и качественное изменение спектра мотивации алкоголизации, «замыкание» в алкогольной компании с формированием соответствующего стиля жизни, вытесняющего и затрудняющего осознание влечения, групповой характер зависимости); психический комфорт в опьянении (употребление спиртного становится желательным, доступным механизмом достижения эмоционально-положительного уровня самооценки и оценки ситуации. Вследствие ранней массивной интоксикации в начальной стадии появляются астенический синдром и аномально-вегетативные дисфункции.

Симптоматика клинической стадии подростково-юношеского алкоголизма была представлена всеми тремя синдромами наркоманической зависимости (включала симптомы II—III стадии по классификации А. А. Портнова и И. Н. Пятницкой):

1. Синдром измененной реактивности: защитные рефлексы стойко утрачены; изменяется форма потребления (появляются элементы псевдозапойного пьянства); изменяются формы опьянения (стойкие амнезии опьянения, заострение характерологических особенностей в опьянении, импульсивное

и агрессивное поведение с асоциальностью); толерантность относительно стабилизируется на высоких дозах.

2. Синдром психической зависимости: обсессивное влечение легко осознаваемо и рельефно: психический комфорт в интоксикации (алкоголизация становится единственной и универсальной процедурой, выравнивающей и повышающей эмоциональный тонус, тонизирующей психофизиологическую активность).

3. Синдром физической зависимости: компульсивное влечение к алкоголю (приводящее к резкому учащению алкоголизации с рецидивами противоправного поведения); физический комфорт и интоксикации (только в опьянении нормализуется соматическое состояние, снимается астенизация и анимально-вегетативная симптоматика); абстинентный синдром (астено-адинамическое состояние, соматовегетативная симптоматика с адренергическим акцентом). Сроки формирования клинической стадии подростково-юношеского алкоголизма составляли 1—1,5 года, имея выраженную вариабельность в зависимости от особенностей преморбида и алкогольных обычаев среды, с динамикой смены отдельных симптомов, исчисляемой месяцами.

Из числа 87 подростков, обследованных в стационарных условиях, начальная стадия была диагностирована у 42 человек (48,3%) и клиническая у 45 (51,7%). Только у двух подростков с начальной стадией и трех с клинической не удалось выявить преморбидной отягощенности.

Таким образом, подростково-юношеский алкоголизм, быстро и злокачественно текущий, требует раннего выявления и своевременной мобилизации всего арсенала наркологической службы, в то же время его диагностика предполагает внимательное и бережное в социально-правовом плане отношение к несовершеннолетним, требует учета своеобразия контингента и особенностей формирования клиники заболевания.

Официальный диагноз алкоголизма может быть выставлен при сформировавшемся синдроме физической зависимости. По достижению юношей 18 лет следует пользоваться принятой для взрослых систематикой течения алкоголизма (по А. А. Портнову и И. П. Пятницкой).

КЛИНИЧЕСКОЕ И ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ГАШИШНОЙ НАРКОМАНИЕЙ

А. А. Колесников, Р. В. Рожанец

Несмотря на значительное число исследований, посвященных изучению разнообразных аспектов проблемы гашишной наркомании, данные различных авторов, касающиеся вопро-

СОДЕРЖАНИЕ

Шумаков В. М.— Принудительное лечение в системе мероприятий по социальной реадаптации психически больных . . . 3

Щетинин В. А.— Особенности реабилитации психопатических личностей с разной степенью нарушений социально-трудовой адаптации 14

Кекелидзе З. И.— Социально-экономические аспекты лечения вялотекущей шизофрении 21

Боброва И. Н. и др. — Состояние принудительного лечения, его задачи и пути дальнейшего повышения эффективности . . . 27

Харитонова Н. К.— Общественно опасные действия несовершеннолетних правонарушителей в инициальной стадии шизофрении . 34

Завидовская Г. И., Дворин Д. В., Холостой А. П.— Лечение больных шизофренией в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы 41

Болелоуцкий З., Плевова Я., Баштецкий И.—О значении внешних условий для лечения психотропными средствами больных с неврозоподобными или невротическими симптомами 48

Чуркин А. А.— Некоторые аспекты принудительного лечения больных олигофренией 53

Бабаян Э. А.— Некоторые проблемы контроля наркотических лекарственных средств в СССР 58

Бабаян Э. А. и др. — Основные критерии сокращения срока пребывания больных хроническим алкоголизмом в лечебно-трудовом профилактории 68

Качаев А. К., Ураков И. Г.— Сравнительная оценка факторов среды в формировании различных форм потребления спиртных напитков 74

Пятов М. Д.— Аверсионный (аутоабстинентный) синдром в клинике хронического алкоголизма 83

Мустаева Л. К., Игонин А. Л.—Дифференциация групповой психотерапии в обществе трезвости в зависимости от личностных особенностей больных алкоголизмом 90

Савченко Л. М., Небаракова Т. П., Трубчанинова О. Н.— О сравнительном изучении особенностей формирования, клиники и течения хронического алкоголизма у лиц с преморбидными чертами характера стенического и астенического круга 98

Муратова И. Д., Копыт Н. Я., Сидоров П. И. — Клинико-социальный подход к этиопатогенезу алкоголизма в подростково-юношеском возрасте 105

Колесников А. А., Рожанец Р. В.— Клиническое и экспериментально-психологическое исследование больных гашишной наркоманией 113

Исмаилов Б. И. — К сравнительной оценке контингентов больных наркоманиями 121

Тураев С.— К сравнительной оценке ряда общих факторов в инвалидизации больных шизофренией, эпилепсией и с умственной отсталостью 127

Понизовский А. М., Вельт А. Г.— Социально-клинический прогноз суицидального поведения больных с циркулярными депрессиями 133

Ларичев В. П.— Комплексная психотерапия суицидентов в амбулаторной практике 140

Амбрумова А. Г., Кряжев С. В.— Анализ суицидальных тенденций при онкологическом заболевании 149

Ответственный редактор М. А. **Мишина**

Литературный редактор **О. Б. Прокофьева**

Корректор **Л. Г. Хомутова**

Л 66943 от 30.X-79 г. Объем 10 п. л. Зак. 1468. Тир. 1000 экз.
Цена 1 руб. 10 коп.
Типография Всесоюзного общества «Знание».